

آشنایی با فرآیند پرستاری

NURSING PROCESS

زمینه تاریخی

- فرآیند پرستاری بر مبنای تئوری خانم اورلاندو در اواخر دهه ۱۹۵۰ شکل گرفت.
- خانم اورلاندو پرستاری را در عمل مورد مشاهده قرار داد و دید که پرستاری «خوب» و پرستاری «بد» وجود دارد.
- خانم اورلاندو متوجه شد بیمار می‌بایست در مرکز فعالیت‌ها باشد و اقدامات پرستاری در جهت هدایت شوند که نتایج آن را بیمار درک کند.

Ida J.  Orlando

ملیحه اعظم حاج هاشم خانی

فرآیند پرستاری چیست؟

- فرآیند پرستاری روشی منظم برای ارائه مراقبت‌های پرستاری است.
- فرآیند پرستاری چهارچوب منظمی را برای برنامه‌ریزی، انجام و ارزشیابی مراقبت‌های پرستاری ایجاد می‌کند.
- فرآیند پرستاری بر اساس روش علمی «حل مسأله» پایه‌گذاری شده است.

مزایای فرآیند پرستاری

اطمینان و اعتماد

رضایت شغلی

مزیت برای پرستاران : رشد و پیشرفت حرفه پرستاری
تعیین استانداردهایی برای پرستاری بالینی

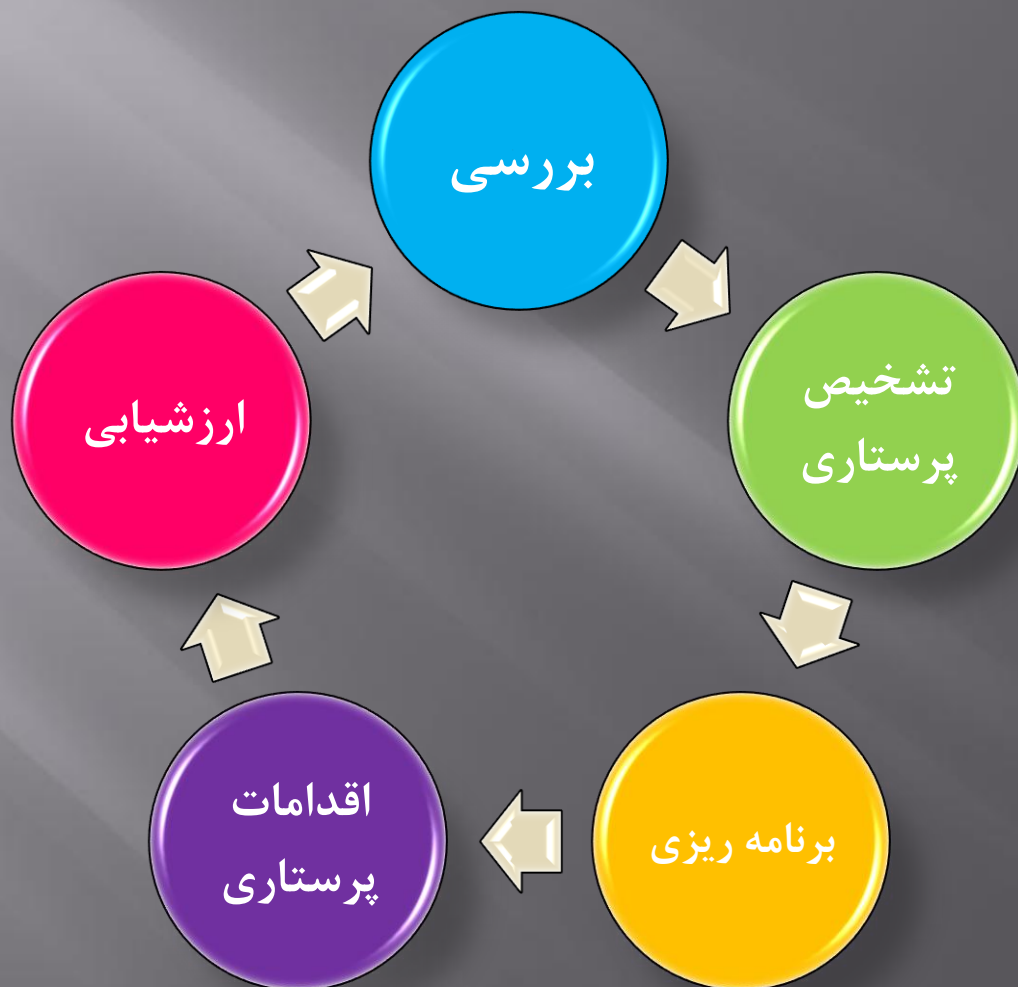
شرکت بیمار در مراقبت از خود

مزیت برای بیماران : تداوم مراقبت ها
افزایش کیفیت مراقبت های انجام شده

مراحل روش علمی حل مسأله

- تشخیص مسأله
- جمع آوری اطلاعات
- فرضیه سازی
- برنامه عملیاتی
- آزمون فرضیه
- تفسیر نتایج
- ارزشیابی یافته‌ها

مراحل فرآیند پرستاری



۱- بررسی (Assessment)

- فرآیندی است سازمان‌یافته و نظام‌مند برای جمع‌آوری داده‌ها از منابع مختلف به منظور ارزیابی سطح سلامت مددجو
- اولین و مهم‌ترین مرحله از فرآیند پرستاری است و زیربنای سایر مراحل فرآیند محسوب می‌شود.
- از دیدگاهی کل‌نگر انجام می‌شود.
- یک فرآیند پیوسته است.



نکات ویژه :

بررسی Assessment : بررسی باید با دقت و تأمل کافی صورت گیرد.

منابع اطلاعات :

۱- اولیه : بیمار

۲- ثانویه : خانواده و بستگان

۳- گزارش های پرستاری

۴- سایر اسناد : جواب آزمایشگاه ، سی تی ، گزارش پزشکی

توجه :

اطلاعات Subjective data یا نشانه ها (Symptom)

@اطلاعات objective data علائم Sign که توسط پرستار مشاهده و اندازه گیری می شود (رنگ پوست)

□ روش های گردآوری اطلاعات :

□ ۱- مصاحبه

□ ۲- مشاهده (از حواس خود استفاده می کنیم دیدن ،

شنیدن ، لمس کردن ، بوئیدن + حرکات غیرکلامی + واکنش

های روانی)

□ ۳- معاینه جسمی (مشاهده یا نگاه ، لمس ، دق ، سمع)

مثال

□ خانمی ۳۵ ساله با ضعف، بی‌حالی و سرگیجه به بیمارستان مراجعه کرده و با تشخیص کم‌خونی فقر آهن در بخش بستری شده است.

HR:
105

کاهش
سطح
آهن

عدم
تمرکز

Hb:
6.7

ضعف

مورمور
شدن
انگشتان

بی‌حالی

رنگ
پریدگی

تحریک
پذیری

سرگیجه

سردرد

تنگی نفس با
فعالیت

RR:
24

کاهش
وزن

بی‌اشتهایی

مثال

□ خانمی ۳۵ ساله با ضعف، بی‌حالی و سرگیجه به بیمارستان مراجعه کرده و با تشخیص کم‌خونی فقر آهن در بخش بستری شده

بی‌اشتهایی

کاهش
سطح
آهن

کاهش
وزن

رنگ
پریدگی

Hb:
6.7

سردرد

سرگیجه

عدم
تمرکز

بی‌حالی

تحریک
پذیری

تنگی نفس با
فعالیت

RR:
24

ضعف

HR:
105

مورمور
شدن
انگشتان

رنگ
پریدگی

Hb:
6.7

۲- تشخیص پرستاری (Nursing Diagnosis)

- تشخیص پرستاری عبارتی است که وضعیت فعلی سلامتی بیمار و نگرانی‌های وی را به صورتی که با اقدام پرستاری قابل حل شدن باشد نشان می‌دهد.
- تشخیص‌های پرستاری در حقیقت مشکلات بالفعل و بالقوه مربوط به سلامتی بیمار هستند که با مداخلات پرستاری قابل حل شدن هستند.
- تشخیص پرستاری قضاوت پرستار در مورد وضعیت سلامتی مددجو است.
- تشخیص پرستاری خط دهنده اقدامات پرستاری است.



فرمول‌بندی تشخیص پرستاری

سبب
(etiology)

در ارتباط با
(Related to)

مشکل
(problem)

(etiologia)

(Related to)

(bioproblem)

ضعف بینایی و کاهش حرکت

در ارتباط با

در معرض خطر صدمه

جزء اول تشخیص پرستاری: مشکل

□ مشکل مربوط به سلامتی یا پاسخ بیمار را توصیف می‌کند.

□ چند مثال:

- اضطراب
- در معرض خطر آسپیراسیون
- عدم تحمل فعالیت
- احتمال افزایش حجم مایع
- در معرض خطر ضربه
- شیردهی موثر
- سندرم ضربه تجاوز

□ به منظور سهولت تعیین تشخیص‌های پرستاری و کاهش اشتباه در تعیین آن‌ها یک زبان مشترک بین‌المللی ایجاد شده است. (NANDA)

تشخیص‌های پرستاری NANDA North American Nursing Diagnosis Association بر حسب الگوهای سلامت عملی ۲۰۱۲-۲۰۱۴

Alterations sensory / perceptual (visual, auditory, kinesthetic, gustatory, tactile, olfactory): تغییر حسی / ادراکی (بینایی، شنوایی، حرکتی، لامسه، بویایی)
Unilateral oblivion: فراموشی یک طرفه
Knowledge deficits: کمبود آگاهی
Altered thought processes: تغییر در فرایندهای تفکر
Difficult decision: تصمیم دشوار

۷- الگوی خود ادراکی و خود پنداری:

Fear: ترس
Anxiety: نگرانی
Despair: یأس
Sense of powerlessness: حس بی قدرتی
Body image Disorder: اختلال در تصویر بدنی
High risk of automutilation: خطر بالای قطع عضو توسط خود
Personal identity disorder: اختلال در هویت فردی
Disorder of self-esteem: اختلال در عزت نفس
Chronic low self-esteem: اعتماد به نفس پایین مزمن
Situational low self-esteem: اعتماد به نفس پایین موقعیتی

۸- الگوی عملکرد و ارتباط:

Anticipatory grief: غم و اندوه قابل پیش بینی
Dysfunctional grieving: غمگینی غیرکارکردی
Altered performance of the function: تغییر در عملکرد بدن
Tension in the role of caregiver: تنش در نقش پرستار
High risk of stress on the role of caregiver: ریسک بالای استرس در نقش پرستار
Social isolation: انزوای اجتماعی
Impaired verbal communication: اختلال در ارتباط کلامی
High risk of violence: ریسک بالای خشونت

۹- الگوی رابطه جنسی و تولید مثل:

Sexual dysfunction: اختلال در عملکرد جنسی
Altered patterns of sexuality: تغییر در الگوهای جنسی
Rape trauma syndrome: سندرم ضربه پس از تجاوز جنسی

۱۰- الگوی تحمل تنش و تطابق:

Ineffective individual coping: تطابق ناکارآمد فردی
Ineffective family coping: تطابق ناکارآمد خانواده
Defensive coping: تطابق دفاعی

۱۱- الگوی ارزشها و اعتقادات:

Spiritual Distress: تنش معنوی

Bowel incontinence: بی اختیاری روده‌ای
Altered urinary excretion: تغییر در دفع ادرار
Functional incontinence: بی اختیاری عملکردی
Stress incontinence: بی اختیاری استرسی
Urge incontinence: بی اختیاری فوریتی
Total incontinence: بی اختیاری کلی
Reflex incontinence: بی اختیاری رفلکسی
Urinary retention: احتباس ادرار

۴- الگوی فعالیت و حرکت:

Activity intolerance: عدم تحمل فعالیت
Inability to sustain spontaneous breathing: عدم توانایی در حفظ تنفس خودبخودی
High risk of activity intolerance: ریسک بالای عدم تحمل فعالیت
High risk for peripheral neurovascular dysfunction: ریسک بالای اختلال نورو واسکولار محیطی
Impaired physical mobility: اختلال در تحرک فیزیکی
High risk of syndrome of disuse: ریسک بالای سندرم عدم استفاده از اندام

Fatigue: خستگی
Forgot Unilateral: عدم تحرک یک طرفه بدن
Self-care deficit: bathing / hygiene: ناتوانی در مراقبت از خود: استحمام / رعایت بهداشت
Self-care deficit: dressing / under: ناتوانی در لباس پوشیدن
Self-care deficit: feeding: ناتوانی در مراقبت از خود: تغذیه
Self-care deficit: evacuation: ناتوانی در مراقبت از خود: دفع
Deficit recreation: ضعف در تفریح و سرگرمی
Household altered: تغییر در منزل
Ineffective cleaning air: تنفس ناکارآمد هوای تازه
Ineffective breathing pattern: الگوی ناکارآمد تنفس
Altered gas exchange: تغییر در تبادل گازی
Decreased cardiac output: کاهش خروجی قلب
Altered tissue perfusion (renal, cerebral, cardiac, gastrointestinal, peripheral): تغییر در خون رسانی به بافت (کلیه، مغز، قلب، گوارش و محیطی)
High risk of trauma: ریسک بالای تروما

۵- الگوی خواب و استراحت:

Altered sleep patterns: تغییر در الگوهای خواب

۶- الگوی ادراک و شناخت:

Pain: درد
Chronic Pain: درد مزمن
ملیحه اعظم حاج هاشم خانی

۱- الگوی درک و کنترل سلامت:

Altered health maintenance: تغییر در مراقبت سلامت
Altered protection: تغییر در ایمنی
Ineffective management of therapeutic regime: مدیریت ناکارآمد رژیم درمانی
Infection: عفونت
High risk of injury: ریسک بالای جراحت
High risk of poisoning: ریسک بالای مسمومیت
High risk of suffocation: ریسک بالای خفگی

۲- الگوی تغذیه و متابولیسم:

High risk of altered nutrition: intake exceeds the body's needs: ریسک بالای تغییر در تغذیه: جذب مواد فراتر از نیازهای بدن صورت می‌گیرد.
Altered nutrition: intake exceeds the body's needs: تغذیه: جذب مواد فراتر از نیازهای بدن صورت می‌گیرد.
Altered nutrition: eating less than the body needs: تغذیه: غذا خوردن کمتر از نیازهای بدن صورت می‌گیرد.
Effective breastfeeding: شیردهی موثر
Ineffective breastfeeding: شیردهی ناکارآمد
Interrupted breastfeeding: شیردهی با وقفه
Ineffective infant feeding pattern: الگوی ناکارآمد تغذیه کودک
High risk of aspiration: ریسک بالای آسپیراسیون
Swallowing disorder: اختلال در بلعیدن
Altered oral mucosa: تغییر در مخاط دهان
High risk of fluid volume deficits: ریسک بالای کمبود حجم مایعات بدن
Fluid volume deficits: کمبود حجم مایعات بدن
Excess fluid volume: حجم بیش از حد مایعات بدن
High risk of impaired skin integrity: ریسک بالای اختلال در تمامیت پوست
Impaired skin integrity: اختلال در تمامیت پوست
Impaired tissue integrity: اختلال در تمامیت بافت
High risk of altered body temperature: ریسک بالای تغییر دمای بدن
Ineffective thermoregulation: تنظیم ناکارآمد دمای بدن
Hyperthermia: هایپرترمی
Hypothermia: هایپوترمی

۳- الگوی دفع:

Constipation: یبوست
Constipation perceived: یبوست تشخیص داده شده
Colonic constipation: یبوست کولونی
Diarrhea: اسهال

Nursing Diagnoses by Functional Health Patterns

2012-2014

1. – Pattern Perception and Control of Health:

Altered health maintenance
Altered protection
Ineffective management of therapeutic regimen
Infection
High risk of injury
High risk of poisoning
High risk of suffocation

2. – Pattern Nutrition and Metabolic:

High risk for altered nutrition: intake exceeds the body's needs.
Altered nutrition: intake exceeds the body's needs
Altered nutrition: eating less than the body needs.
Effective breastfeeding
Ineffective breastfeeding.
Interrupted breastfeeding.
Ineffective infant feeding pattern.
High risk of aspiration
Swallowing disorder.
Altered oral mucosa.
High risk for fluid volume deficits.
Fluid volume deficits.
Excess fluid volume.
High risk for impaired skin integrity.
Impaired skin integrity.
Impaired tissue integrity.
High risk for altered body temperature.
Ineffective thermoregulation.
Hyperthermia.
Hypothermia.

3. – Elimination pattern:

Constipation
Constipation perceived

Colonic constipation.
Diarrhea.
Bowel incontinence.
Altered urinary excretion
Functional incontinence
Stress incontinence
Urge incontinence
Total incontinence
Reflex incontinence
Urinary retention

4. – Pattern of Activity and Exercise:

Activity intolerance.
Inability to sustain spontaneous breathing.
High risk of activity intolerance.
High risk for peripheral neurovascular dysfunction.
Impaired physical mobility.
High risk of syndrome of disuse.
Fatigue.
Forgot Unilateral
Self-care deficit: bathing / hygiene.
Self-care deficit: dressing / under
Self-care deficit: feeding.
Self-care deficit: evacuation.
Deficit recreation
Household altered.
Ineffective cleaning air.
Inefficient breathing pattern.
Altered gas exchange.
Decreased cardiac output.
Altered tissue perfusion (renal, cerebral, cardiac, gastrointestinal, peripheral)
High risk of trauma

5. – Standard of Rest and Sleep:

Altered sleep patterns.

6. – Cognitive and Perceptual Pattern:

Pain.
Chronic Pain
Alterations sensory / perceptual (visual, auditory, kinesthetic, gustatory, tactile, olfactory).
Unilateral oblivion.
Knowledge deficits.
Altered thought processes.
Difficult decision

7. – Self-perception and self-concept pattern:

Fear
Anxiety
Despair
Sense of powerlessness.
Body Image Disorder
High risk of automutilation.
Personal identity disorder.
Disorder of self-esteem.
Chronic low self-esteem
Situational low self-esteem

8. – Pattern Function and Relationship:

Anticipatory grief
Dysfunctional grieving
Altered performance of the function.
Tension in the role of caregiver
High risk of stress on the role of caregiver.
Social isolation.
Impaired verbal communication.
High risk of violence.

9. – Pattern of Sexuality and Reproduction:

Sexual dysfunction.
Altered patterns of sexuality.
Rape trauma syndrome.

10. – Pattern of Coping and Stress Tolerance:

Ineffective individual coping.
Ineffective family coping.
Defensive coping.

11. – Pattern of Values and Beliefs:

Spiritual Distress

انواع «مشکل» در تشخیص‌های پرستاری

□ واقعی (Actual)

□ خطر (Risk/High Risk)

□ احتمالی (Possible)

□ سلامتی (Wellness)

□ سندرم (Syndrome)

انواع «مشکل» در تشخیص‌های پرستاری

□ واقعی (Actual):

- مشکلی که در حال حاضر توسط بیمار تجربه می‌شود.
 - اختلال در تغذیه: کمتر از نیاز بدن
 - پاکسازی ناموثر راه‌های هوایی
- این نوع تشخیص‌ها می‌بایست توسط علائم و نشانه‌ها تایید شوند.

□ خطر (Risk/High risk):

- مشکلی که به علت وجود برخی عوامل خطرزا در آینده اتفاق خواهد افتاد؛ مگر اینکه با یک سری اقدامات از وقوع آن پیشگیری شود.
 - خطر کمبود حجم مایع
 - خطر اختلال در تمامیت پوست
- این نوع تشخیص‌ها توسط وجود عوامل خطرزا تایید می‌شوند.

جزء دوم تشخیص پرستاری: سبب

- یک یا چند علت احتمالی مشکل را بیان می‌کند.
- به منظور پیشگیری از وقوع یک مشکل، کاهش اثرات آن یا حل مشکل می‌بایست عوامل ایجاد کننده یا خطر زای آن مشکل را شناخت.
- این جزء از تشخیص پرستاری با واژه «در ارتباط با» (related to) به جزء اول (مشکل) متصل می‌شود.
 - اختلال در تغذیه کمتر از نیاز بدن در ارتباط با تهوع
 - خطر کمبود حجم مایع در ارتباط با استفراغ طولانی مدت
 - خطر اختلال در تمامیت پوست در ارتباط با بی‌حرکتی
 - نقص در مراقبت‌های شخصی در ارتباط با وجود IV در دست راست

مثال

- تغییر در تغذیه کمتر از نیاز بدن در ارتباط با مقدار ناکافی آهن در جیره غذایی
- در معرض خطر صدمه در ارتباط با اختلالات شناختی
- تغییر در حس و شناخت در ارتباط با هایپوکسی سیستم عصبی
- عدم تحمل فعالیت در ارتباط با عدم تعادل بین عرضه و تقاضای اکسیژن

□ قانون نوشتن تشخیص های واقعی :

□ با عبارت سه قسمتی نوشته می شود:

□ *Problem *Related to *Signs and symptoms

□ بطور مثال :

□ *اختلال در تداوم پوست در ارتباط با بی حرکتی در تخت و ایجاد قرمزی در ناحیه

باتکسی

□ *اختلال در ارتباطات در رابطه با نوع گویش با مشاهده ناتوانی در فهمیدن مطالب

□ **قانون نوشتن تشخیص های پرخطر:**

□ **با عبارت دو قسمتی نوشته می شود:**

□ **1-High Risk for:**

2-Related to :

□ **بطور مثال :**

□ ***در معرض خطر اختلال در تداوم پوست ناحیه پاتکس است در ارتباط با بی حرکتی**

□ *** در معرض خطر اختلال در راه هوایی است در ارتباط با ترشحات غلیظ ریه**

□ قانون نوشتن تشخیص های احتمالی :

□ با عبارت دوقسمتی نوشته می شود:

□ 1-Possible :

2- Related to possible:

□ بطور مثال :

□ *احتمال اختلال در تغذیه وجود دارد در ارتباط با احتمال افسردگی

□ نکات قابل توجه :

□ ۱- استفاده صحیح از اصطلاحات تشخیص پرستاری :

□ Altered- : تغییر از حد طبیعی - اختلال

□ Decreased - : کوچکتر ، کمتر ، کاهش یافته ، کوچک شده از نظر اندازه ، مقدار یا درجه

□ Increased - : بزرگتر ، وسیع تر شده ، بزرگتر از اندازه ، میزان و درجه ، افزایش

□ Impaired - : بدتر شده ، ضعیف تر شده ، آسیب دیده ، وخیم تر شده

□ Dysfunctional - : غیرطبیعی ، بدتر شده ، یا عملکرد ناقص

□ Ineffective - : اثر مطلوب یا قابل انتظار را ندارند - غیر موثر

- Acute : شدید اما کوتاه مدت - حاد

□ Chronic : طولانی مدت ، عود کننده ، مزمن ، پایدار

□ Intermittent – : قطع و شروع ، بطور متناوب و شروع

دوره ای

□ Potential – : استعداد بالقوه

□ Deficit – : کمبود

□ Excess – : بیش از حد

□ ۲- در هنگام نوشتن عبارت تشخیصی بایستی دقت شود که فرد (پرستار) از نظر قانونی با مشکل مواجه نشود:

- Incorrect : High Risk for injury related to Lack of siderails on bed.
- Correct : High Risk for injury related to disorientation

□ ۳- از تشخیص های پزشکی بجای تشخیص پرستاری استفاده نکنید:

- Incorrect : Mastectomy related to cancer
- Correct : High Risk for self concept Disturbance related to effects of mastectomy.

□ ۴- اولویت بندی :

□ باید به مشکلات تهدید کننده زندگی و مشکلاتی که با نیازهای فیزیولوژیک بیمار در ارتباط هستند به ترتیب نکات ذیل توجه ویژه شود :

□ الف) مشکلات تنفسی ، جریان خون ، تغذیه ، هیدراتاسیون، دفع ، تنظیم درجه حرارت ، راحتی جسمی

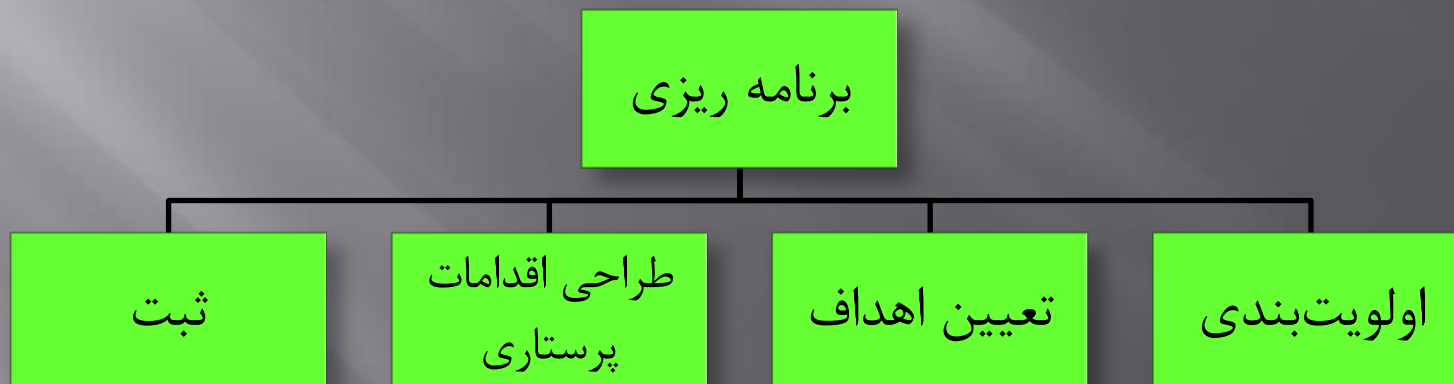
□ ب) مشکلاتی که با ایمنی بیمار مرتبط است.

□ پ) مشکلاتی که با روحیات بیماران مرتبط است (تنهایی ، گوشه گیری)

□ ت) مشکلاتی که با مراقبت های فردی بیمار مرتبط است.

۳- برنامه ریزی (Planning)

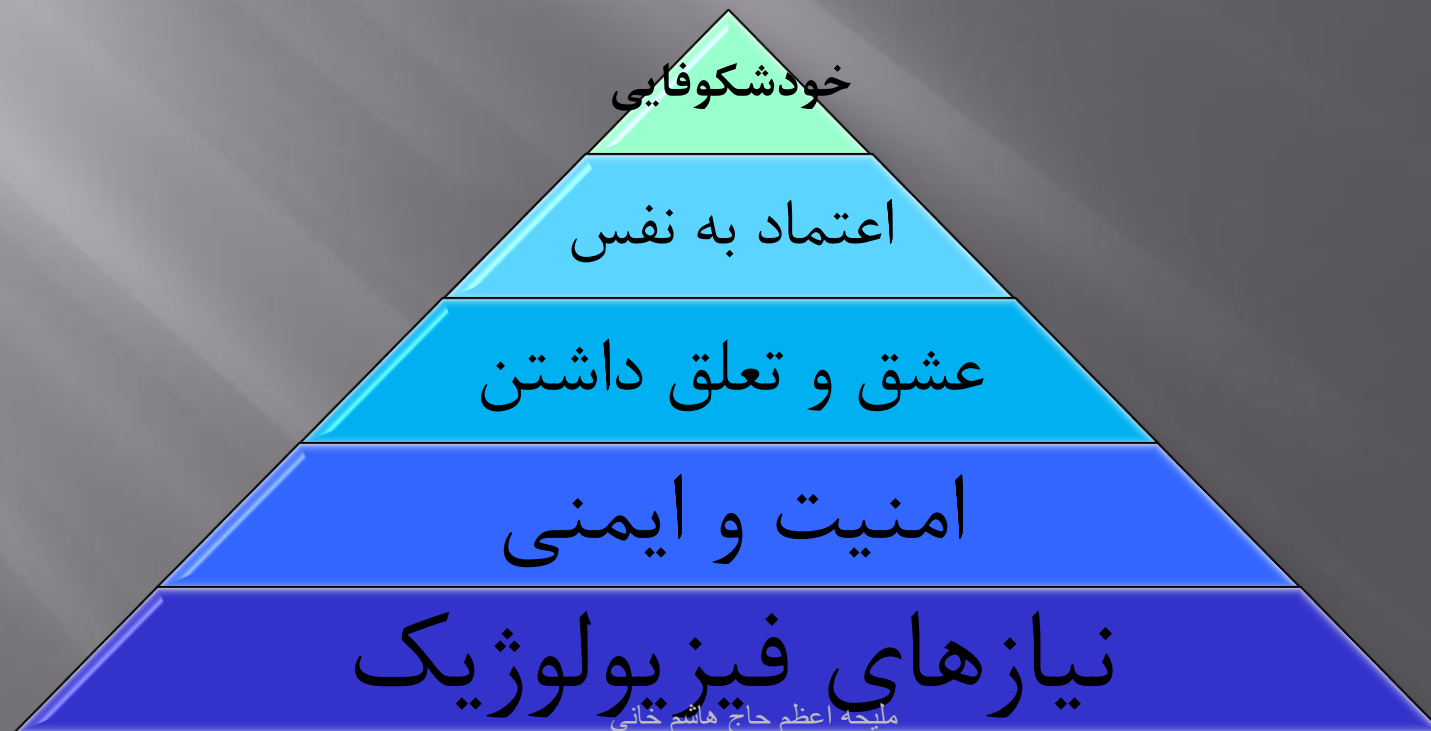
- چگونه می‌توان مشکل را برطرف کرد؟
- برنامه‌ریزی، نحوه رویکرد به مشکل بیمار در جهت کاهش اثرات یا برطرف کردن آن را بیان می‌کند.



الف- اولویت بندی

۱-الگوی تنفسی نامناسب در ارتباط با
اثرات داروهای بی‌هوشی

۲-سازگاری ناموثر در ارتباط با تشخیص
نامعلوم بیماری



مثال

اختلال در الگوی خواب در ارتباط با سرفه‌های مکرر

۱- □

الگوی تنفسی ناموثر در ارتباط با ضعف و خستگی

۲- □

عدم تحمل فعالیت در ارتباط با سرفه‌های مکرر

۳- □

پاکسازی ناموثر راه هوایی در ارتباط با ترشحات غلیظ

۴- □

کمبود حجم مایع در ارتباط با از دست دادن اشتها

۵- □

اضطراب در ارتباط با تغییر در عملکرد نقش

۶- □

تغییر در تغذیه کمتر از نیاز بدن در ارتباط با کاهش اشتها

۷- □

ب- تعیین هدف

- نتیجه‌ای مشخص و قابل اندازه‌گیری که به گونه‌ای تعیین می‌شود تا بازتابی از سطح سلامت بالاتر بیمار باشد.
- اهداف تعیین شده می‌بایست واضح و مشخص، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، واقعی و دارای زمان مشخص باشند.
- بیمار از روز چهارم بعد از عمل اظهار کند که دردی ندارد
- بیمار تا دو روز آینده تقاضای داروی مسکن نکند
- بیمار در طول مدت بستری دچار عفونت نشود.
- بیمار در طی مدت بستری در بخش روزانه حداقل ۶ لیوان مایعات مصرف کند.
- دمای بدن بیمار در پایان شیفت در محدوده طبیعی باشد.

ج- طراحی اقدامات پرستاری

- تعیین اقدامات یا فعالیت‌هایی که در جهت رسیدن به هدف ضروری است.
- برای طراحی اقدامات به جزء دوم تشخیص پرستاری (اتیولوژی) نگاه کنید.
- احتمال اختلال در سلامت پوست در ارتباط با استراحت طولانی در تخت
- برای هر بیمار اختصاصی است.
- از کتاب‌های راهنما کمک بگیرید.

مثال

□ عدم تحمل فعالیت در ارتباط با عدم تعادل بین عرضه و تقاضای اکسیژن

- بیمار در حالتی که احساس راحتی بیشتری می‌کند قرار گیرد.
- از اطرافیان یا وسایل کمکی مثل عصا برای راه رفتن کمک بگیرد.
- در بین فعالیت‌ها زمان‌هایی را برای استراحت در نظر بگیرد.
- از تمرینات ورزشی فعال یا غیر فعال برای تقویت ماهیچه‌ها استفاده کند.
- از انجام کارهای غیر ضروری خودداری کند.
- فعالیت‌ها را تدریجاً زیاد کند.
- ...

۲- اقدامات (Implementations)

- اجرای مستقیم
- کمک به اجرا
- نظارت بر اجرا
- آموزش
- تحت نظر گرفتن بیمار از نظر عوارض یا بیماری

۵- ارزشیابی (Evaluation)

- مقایسه وضعیت سلامتی بیمار بعد از انجام اقدامات پرستاری با اهداف تعیین شده.
- اگر هدفگذاری صحیح نباشد، ارزشیابی بسیار سخت و گاه غیر ممکن می‌شود.
- ۳ حالت ممکن است اتفاق بیفتد:
 - مشکل حل می‌شود.
 - مشکل نسبتاً حل می‌شود.
 - مشکل باقی می‌ماند.

با تشکر از توجه شما

منابع:

۱-پوتر پ آ، پری گریفین آ. اصول و فنون پرستاری. ترجمه اساتید دانشکده پرستاری و مامایی ایران. تهران: انتشارات سالمی؛ ۱۳۸۶.

۲-دوگاس ب و. اصول مراقبت از بیمار (نگرشی جامع بر پرستاری). جلد ۲. ترجمه اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی و پرستاری شهید بهشتی. تبریز: انتشارات گلپان؛ ۱۳۸۶.

3-Taylor CR, Carol L, Lemone P, Lynn P.
Fundamentals of Nursing: the Art and Science of
Nursing. Care 7th edition. Philadelphia: Lippincott
Williams & Wilkins; 2010.